

## **ALERGIOLOGIA**

# **20 Primeros Casos de Polinosis en Quito (\*)**

### **SUMARIO:**

- 1º—El concepto de polinosis.
- 2º—Frecuencia de las polinosis.
- 3º—Casos de polinosis estudiados por nosotros.
- 4º—Recapitulación de la etiología.
- 5º—Resumen.
- 6º—Bibliografía.

### **1º—El Concepto de Polinosis.**

Polinosis son las afecciones alérgicas cuyo agente etiológico es el polen de ciertas plantas. La polinosis más frecuente es la denominada "fiebre del heno" o rinitis polínica, por lo cual algunos autores han dado el valor de sinónimos a polinosis y fiebre del heno. Sin embargo, y en esto estamos de acuerdo con Vaughan, no hay razón para restringir en esta forma el concepto de polinosis.

Desde hace muchos años se han descrito estados alérgicos muy semejantes a los ocasionados por los polenes pero en los cuales los agentes etiológicos son las esporas de ciertos hongos. Con propiedad habría que hablar en estos casos de "**esporosis**", mas provisional-

---

(\*) Comunicación dirigida a las IV Jornadas Mexicanas de Alergia; Febrero 1950.

mente, han sido catalogados dentro de las polinosis y así hemos procedido en nuestra casuística.

## 2°—Frecuencia de las Polinosis.

Según Crieip, al rededor del 3% de la población de los EE. UU. sufre de rinitis polínica. El asma polínico según las estadísticas de varios autores norteamericanos, argentinos y uruguayos, es igualmente, una afección frecuente. En cambio, en los países comprendidos dentro de la zona tropical las polinosis son raras, por lo menos eso se desprende de las investigaciones llevadas a cabo en el Brasil, en Cuba y otros países.

En Quito, ciudad situada a 2.819 metros sobre el nivel del mar y cuya flora parcialmente es parecida a la de la zona templada, las polinosis no son tan raras como en el Brasil, pero tampoco son muy frecuentes como en los EE. UU.

En poblados rurales cercanos a Quito hemos podido realizar un trabajo estadístico y sobre una población aproximada de 9.000 hemos encontrado 9 casos de rinitis polínica lo que da un 1% y 7 casos de asma, de los cuales 3 eran polinósicos.

## 3°—Casos de Polinosis estudiados por nosotros.

Los 20 primeros casos de polinosis de nuestra estadística corresponden a los siguientes síndromes alérgicos:

Rinitis polínica (fiebre del heno) . . . . .	10	(50%)
Asma . . . . .	6	(30%)
Bronquitis asmática . . . . .	2	(10%)
Urticaria, edema de Quincke . . . . .	2	(10%)

De acuerdo a la etiología única o múltiple los casos anteriores se clasifican de la siguiente manera:

Etiología	Rinitis	Asma	Bronquitis	Urtic. E. Quincke
Exclusivamente a pólenes . . . . .	6	1	0	0
A pólenes e inhalantes (*) . . . . .	2	4	1	2
<hr/>				
(*)—El "inhalante" más frecuente ha sido el polvo de habitación.				
Exclusivamente a esporas . . . . .	1	1	0	0
A pólenes y esporas . . . . .	1	0	1	0

**A.—Los casos de rinitis polínica.**

ETIOLOGIA: Sólo en dos de los diez casos se comprobó la etiología única a un solo polen, en los demás se trataba de etiología múltiple a dos o más pólenes, o a pólenes e inhalantes o esporas de hongos. La siguiente es la lista de pólenes y hongos causantes de los 10 casos de rinitis y el número de veces que dieron reacciones positivas:

Pólenes		Esporas	
Chenopodium . . . . .	5	Aspergillus . . . . .	2
Lolium . . . . .	4	Penicillium . . . . .	2
Cynodon . . . . .	4	Mucor . . . . .	2
Holcus . . . . .	3	Rhizopus . . . . .	2
Poa . . . . .	3		
Amaranthus . . . . .	2		
Paspalum . . . . .	1		

FORMAS CLINICAS: Los casos estudiados por nosotros corresponderían a la categoría de formas benignas: moderada hidrorrea, pequeñas crisis estornutatorias, etc. Además rara vez son típicamente estacionales. Todo esto tendría estrecha relación con la baja incidencia polínica en el aire de Quito, en comparación con las cifras encontradas en ciudades norteamericanas, por ejemplo; y con el hecho de que las plantas si es que tienen condiciones apropiadas de humedad florecen en cualquier época del año y no en forma estrictamente estacional; a pesar de eso, en los meses de Di-

ciembre y Enero hay mayor concentración de polen aéreo.

**Relación de algunos casos:**

Nº 1.—Enfermo de 45 años, comerciante, con una historia de rinitis paroxística que data de muchos años atrás, cuyo síntoma principal lo constituye la rinorrea pertinaz, de carácter flúido y que dura varias semanas. Los síntomas se presentan generalmente al principio del año. Intradermo - reacción positiva franca a *Chenopodium* y respuesta favorable al tratamiento específico.

DEDUCCIONES: 1ª Se trata de una forma clínica benigna de rinitis polínica.

2ª En nuestro medio resulta una forma típica de rinitis periódica.

Nº 2.—Enfermo de 40 años, empleado, sufre desde hace varios años de "catarro" que se presenta frecuentemente y se acompaña de ardor en los ojos y lagrimeo. Desde hace un año padece también de urticaria a repetición. Intradermo-reacciones intensamente positivas a: *Holcus*, *Poa* y *Chenopodium* y francamente positivas a: *Lolium*, *Paspalum* y *Amaranthus*.

DEDUCCIONES: 1º Se trata de una polinosis múltiple.

2º—La polinización de las plantas de los géneros citados no se realiza al mismo tiempo, lo que determina una falta de periodicidad de la afección.

3º—La frecuencia de la rinitis en estas polinosis múltiples, hace que el carácter periódico o estacional de la fiebre del heno, no tenga, entre nosotros, un gran valor diagnóstico.

Nº 3.—Enferma de 45 años, quehaceres domésticos, que se queja de "catarros" frecuentes, cefaleas, tos seca y ocasionalmente dispnea. El padre ha sufrido de urticaria y los hermanos de "catarros" y jaqueca. Tiene 7 hijos, de los cuales 5 sufren como ella de crisis de catarros. Concurren con ella a la consulta 3 hijos: dos con rinorrea y una con urticaria, pero esta última sufre en otras épocas de rinorrea.

Los dos hijos tienen tan intensas comezones en los ojos y mucosas nasales que por rascarse se han lastimado estas últimas, sobreviniendo epistaxis. La madre es francamente positiva a polen de *Paspalum* y polvo de habitación; el un hijo, a polen de *Poa*; el otro, intensamente positivo a polvo de habitación y la hija a pólenes de *Lolium* y *Cynodon*.

DEDUCCIONES: En la fiebre de heno frecuentemente hay antecedentes familiares de afecciones alérgicas.

2º—Los hijos aunque heredan una "predisposición" no siempre enferman de la misma manera y por los mismos alérgenos que sus padres.

3º—En el presente caso ha habido dos generaciones en las que han predominado las rinopatías alérgicas.

Nº 4.—Enfermo de 16 años, que se queja de crisis periódicas de rinitis; comezones en los ojos y en la nariz; abundante y flúida secreción nasal. Los síntomas se presentan en las épocas de lluvias. Reacciones francamente positivas a esporas de: *Aspergillus*, *Penicillium* y ligeramente positivas a esporas de *Rhizopus*.

DEDUCCIONES: 1º Las esporas de hongos pueden ocasionar un cuadro clínico del todo semejante al producido por pólenes.

2º—Etiológicamente habría que dividir a este cuadro clínico en rinitis polínica (fiebre del heno) y rinitis esporósica.

Nº 5.—Enfermo de 35 años, empleado, quien desde la edad de 20 años sufre periódicamente de rinitis paroxística. Desde hace más de un año sufre de tos seca accesional que se presenta sólo por la noche. Poco antes de que se presentaran estos síntomas cambio de residencia, la actual es bastante húmeda. Reacción intensamente positiva a polvo de habitación; francamente positivas a pólenes de *Chenopodium*, *Amaranthus* y *Cynodon* y a esporas de *Aspergillus*, *Mucor*, *Penicillium* y *Rhizopus*.

DEDUCCIONES: 1º Probablemente el polvo de habitación y los pólenes fueron los primeros agentes etiológicos de la rinitis.

2º—Es posible que en el último año que habitó en una casa húmeda se haya sensibilizado a los hongos.

3º—Concomitantemente con esto aparece tos alérgica, que en algunos casos es premonitoria del asma alérgico.

### B.—Los casos de asma polínico.

ETIOLOGIA: En un solo caso se encontró una etiología única a pólenes, en otro, sólo a esporas, en los demás los agentes etiológicos a más de pólenes eran "inhalantes", especialmente el polvo de habitación. Los siguientes son los pólenes y esporas causantes de los casos de asma:

<i>Chenopodium</i> .....	3	<i>Mucor</i> .....	1
<i>Cynodon</i> .....	2	<i>Aspergillus</i> .....	1
<i>Lolium</i> .....	2		
<i>Holcus</i> .....	2		
<i>Amaranthus</i> .....	1		
<i>Poa</i> .....	1		
<i>Paspalum</i> .....	1		

FORMAS CLINICAS: En los casos estudiados los accesos dispneicos no han sido muy intensos y en todos

se han presentado con intervalos de uno o más días y aún de semanas. En un caso se presentó como complicación la broncoinfección; en otro, por dos ocasiones sufrió de "estado de mal asmático".

### **Relación de algunos casos:**

Nº 1.—Enferma de 31 años, casada, quehaceres domésticos, vive con comodidades. En la primera infancia tuvo urticaria. A los 8 años, mientras se encontraba en el Cercano Oriente sufrió por varias ocasiones de edema de Quincke. Hace 8 años tuvo por primera vez asma. Aparecieron nuevos accesos mientras se encontraba en Sao Paulo (Brasil). El verano siguiente pasó en los EE. UU. y no tuvo síntomas. Desde hace dos meses padece de nuevos accesos asmáticos los mismos que se presentan casi todas las madrugadas. La adrenalina y la aminofilina atenúan los síntomas.—Una tía sufre de asma y otra de urticaria. Reacciones: intensamente positivas a polen de *Amaranthus*, francamente positivas a polvo de habitación y tabaco.

DEDUCCIONES: 1ª—En un alto porcentaje de alérgicos hay antecedentes de urticaria en la infancia o en la niñez, e igualmente en más del 50% de casos hay antecedentes familiares de alergia.

2ª—En este caso se trata de un asma de etiología múltiple y lo aconsejable es el tratamiento polivalente.

3ª—En el asma alérgico, la hiposensibilización específica es el tratamiento de elección.

Nº 2.—Enfermo de 26 años, trabaja en construcción de casas (capataz). Desde hace varios meses sufre de accesos de disnea que duran aproximadamente una hora. Se presentan especialmente durante el día y le obligan a interrumpir el trabajo. Después de los primeros accesos, que fueron leves, cambió de residencia y mejoró. Ultimamente ha ido a residir en una zona sub-urbana, rica en vegetación y ha empeorado. Cuando

barren las habitaciones siente molestias y a veces se produce el acceso. Reacciones inmensamente positivas a: polvo de habitación y polen de *Chenopodium*, y ligeramente positiva a patatas.

Varios médicos le han tratado inespecíficamente, mejorando sólo temporalmente. Se instituye el tratamiento específico y en las dos primeras semanas se repitieron los accesos, pero cada vez menos intensos, desde la tercera semana no tuvo más accesos. Se le aconseja regresar después de unos meses para el tratamiento preestacional, pero concurre sólo cuando ya comenzó la época de la polinización y después de haber sufrido un acceso. Días después, por dos ocasiones entra en el estado de "mal asmático".

DEDUCCIONES: 1<sup>a</sup>—La etiología polínica parece que es la que predomina en el presente caso, por la relación de los síntomas con los cambios de lugar y época del año.

2<sup>a</sup>—Es de mucho valor el tratamiento pre-estacional, el mismo que tiene un carácter profiláctico.

Nº 3.—Enfermo de 50 años de edad, ha sido agricultor, actualmente no trabaja. Desde hace dos años sufre de tos y dispnea, especialmente por la noche y por la mañana, al levantarse de la cama; expectoración abundante, de carácter muco-purulento. Desde joven padece de accesos de dispnea de poca intensidad, los mismos que se han presentado por temporadas y cuando realizaba trabajos agrícolas. Reacciones: intensamente positivas a polen de *Chenopodium* y francamente positivas a pólenes de *Holcus* y *Cynodon*.

DEDUCCIONES: 1<sup>a</sup>—La broncoinfeción es una de las complicaciones más frecuente del asma.

2<sup>a</sup>—Se trata de un antiguo asmático con crisis benignas y periódicas, en el que sobreviene la broncoinfeción que complica el asma alérgico.

3ª—En los casos de asma alérgico complicado con broncoinfección, el tratamiento debe hacerse específicamente tanto del asma como de la broncoinfección.

Nº 4.—Enferma de 8 años, escolar. Desde hace algún tiempo sufre de rinitis espasmódica acompañada de inyección conjuntival y comezones en los ojos. Los síntomas se han presentado al comienzo de la época de sequía. Desde hace tres meses padece de tos paroxística y últimamente a más de tos presenta accesos dispnéicos. La madre ha tenido urticaria por varias ocasiones. Mucosas nasales edematosas y pálidas. Abundantes roncus y sibilancias en el pulmón izquierdo. Reacciones positivas a pólenes de: *Holcus*, *Poa* y *Chenopodium* y a polvo de habitación.

DEDUCCIONES: El choque alérgico se ha iniciado a nivel de las mucosas nasales y oculares con producción de rinitis.

2ª—Más tarde el choque alérgico ha abarcado los bronquios con producción de tos paroxística (bronquitis alérgica).

3ª—Actualmente el choque alérgico se realiza también en los bronquiolos con producción de asma.

### C.—Los casos de bronquitis asmática.

La denominación de "bronquitis asmática" empleada por algunos autores corresponde a un síndrome en el que predomina la tos paroxística, generalmente seca, y que se debe a que el choque alérgico tiene como asiento los bronquios.

ETIOLOGIA.—De los dos casos estudiados, el uno tiene una etiología simple a pólenes y el otro a polen y esporas. Los siguientes son los agentes etiológicos:

Chenopodium .....	2	Aspergillus .....	1
Lolium .....	1	Penicillium .....	1
Holcus .....	1	Mucor .....	1

**Relación de un caso.**

Enferma de 35 años, india, se ocupa de quehaceres domésticos. En varias ocasiones ha sufrido de urticaria. Desde hace aproximadamente 10 años padece de accesos de tos —parecida a la tos quintosa de la coqueluche—. Los accesos de tos se presentan varias veces y casi exclusivamente durante el día. Rara vez expectora. El síndrome se presenta por temporadas que no puede precisar la enferma. Reacciones: intensamente positivas a Lolium, y francamente positivas a Chenopodium y Holcus.

DEDUCCIONES: 1ª—La tos seca y paroxística reconoce en muchos casos una patogenia alérgica.

2ª—En la primera infancia, sobre todo, tiene el valor pronóstico de asma en evolución.

**D.—Los casos de urticaria y edema de Quincke.**

Aunque no muy frecuentemente los pólenes pueden ser los agentes etiológicos de ciertas afecciones alérgicas tales como la urticaria y el edema de Quincke.

ETIOLOGIA: En los dos casos estudiados se encontró la siguiente etiología polínica:

Poa .....	1
Amaranthus, .....	1

**Relación de un caso:**

Enferma de 42 años, casada, quehaceres domésticos. La madre murió asmática. Tuvo urticaria en la niñez. Desde hace unos tres o cuatro años ha vuelto a su-

frir de urticaria y edema de Quincke, que cada vez se van haciendo más intensos. Los síntomas se presentan por temporadas, pero sobre todo cuando sale de paseo. Llega a la consulta con gran edema localizado en el labio superior, mitad izquierda, y grandes placas urticarianas en el cuello. Reacciones: intensamente positiva a polen de *Poa* y moderadamente positiva a chocolate. La eliminación del chocolate de la dieta no cura a la enferma, en cambio mejora rápidamente con la hiposensibilización al polen de *Poa*.

**DEDUCCIONES:** 1ª—Es difícil dilucidar de primera instancia cuál de los dos agentes o si ambos a la vez son los causantes del síndrome.

2ª—El hecho de que los síntomas se presenten por temporadas y sobre todo cuando va al campo, y por último la respuesta al tratamiento abona en favor de la etiología polínica.

#### 4º—Recapitulación de la etiología:

Los pólenes y esporas causantes de estos 20 primeros casos de polinosis que nos han servido para la presente comunicación y el número de veces que han dado reacciones positivas son las siguientes:

Chenopodium . . . . .	10	Aspergillus . . . . .	4
Lolium . . . . .	7	Mucor . . . . .	4
Holcus . . . . .	6	Penicillium . . . . .	3
Cynodon . . . . .	6	Rhizopus . . . . .	2
Poa . . . . .	5		
Amaranthus . . . . .	2		
Paspalum . . . . .	2		

#### 5º—Resumen.

A.—Se denominan polinosis las afecciones alérgicas cuyo agente etiológico es el polen de alguna planta.

B.—Las polinosis tienen una incidencia de más del 3% de la población en los EE. UU. En el Brasil y otros países tropicales la incidencia es mínima. En Quito, ciu-

dad situada a 2.819 metros sobre el nivel del mar, la incidencia es pequeña, al rededor del uno por mil.

C.—Los 20 primeros casos de polinosis de nuestra estadística, corresponden a los siguientes síndromes: rinitis polínica (fiebre del heno) 10; asma, 6; bronquitis asmática, 2; urticaria, edema de Quincke, 2.

D.—En 7 casos la etiología fue exclusivamente a uno o más pólenes; en dos, exclusivamente a esporas de hongos; en uno, pólenes y esporas, y en seis, pólenes y algún "inhalante", especialmente polvo de habitación.

E.—Los pólenes y esporas causantes de los 20 casos, en orden de importancia son los siguientes: Chenopodium, Lolium, Holcus, Cynodon, Poa, Amaranthus y Paspalum; y Aspergillus, Mucor, Penicillium y Rhizopus.

F.—A modo de ejemplos se mencionan algunos de los casos estudiados, sacando de cada uno conclusiones de interés general.

## 6º—Bibliografía.

CADRECHA ALVAREZ, J.—Polinosis en la Habana.—Rv. Méd. Cubana; 643, Stbre. 1945.

CRIEP, L. H.—Essentials of Allergy.—Ed. Lippincott Co.—Philadelphia, 1948.

Cueva J.—Algunas consideraciones acerca de la polinosis.—Prens. Méd. Mex.; 223, 10; 1947.

DIAS DE COSTA, P.—GUIMARAES, J.—VIANNA, T.—Estado de mal asmático.—Separada de: Med. Cir. Farm.—152, Dcbre., 1948.

FEINBERG, S. M.—La alergia en la práctica general.—Ed. Espasa-Galpe; Madrid, 1941.

GARAT, B. R.—Polinosis (En: Cardini y Beretervide: Terapéutica Clínica, Tomo III, 2ª parte) Ed. El Ateneo; Buenos Aires, 1947.

HANSEN, K.—Tratado de alergia.—Ed. Labor.—Madrid, 1946.

MARTEORELLI, J.—Fitografía alergológica.—Ed. El Ateneo.—Buenos Aires, 1945.

NARANJO, P.—Flora alergógena del Ecuador.—Impta. Univer. Central; Quito 1946.

NARANJO, P.—Investigaciones sobre la Biología del aire de Quito.—Bol. Inf. Cient. 163, 22.—1949.

NARANJO, P.—Polinosis, estudio clínico y botánico (Obra en prensa).

OLIVEIRO LIMA, A.—DIAS DE COSTA, P.—GALENO, R.—Primeiros casos de polinose em Sao Paulo. O. Hospital; 111, Julio, 1946.

OLIVEIRO LIMA, A.—DIAS DE COSTA, P.—GALENO, R. PEREIRA DOS SANTOS, P.—Pollinosis, in Brazil.—(Reprinted) Ann. Allergy; 1946.

RUIZ MORENO, G.—Asma, Alergia.—Ed. Lopez & Etchegoyen; Buenos Aires, 1946.

RUIZ MORENO, G.—SOLARI, M. A.—Epidemias de polinosis.—Alergia; 6, 1.—1948.

SANCHEZ CUENCA, B.—Polinosis.—Ed. Cientif. Méd.—Barcelona, 1943.

SOLARI, A. M. Cantidad de Test cutáneos en el diagnóstico de polinosis.—Alergia, 23, 1; 1947.